Nous cherchons à protéger des vies humaines

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

Le contenu de la présente publication a été rédigé par
le Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication est disponible dans le
site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :

www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-49466-9 (imprimé)
ISBN : 978-2-550-49467-6 (en ligne)
ISSN : 1913-245X (imprimé)
ISSN : 1913-2468 (en ligne)

© Gouvernement du Québec, 2007

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Année civile 2006

BUREAU DU CORONER

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2006.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre de la Sécurité publique,

Jacques P. Dupuis

Québec, avril 2007

BUREAU DU CORONER

Monsieur Jacques P. Dupuis
Ministre de la Sécurité publique
2525, boul. Laurier, 5e étage
Tour des Laurentides
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2006, conformément à l'article 29 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 31 janvier 2007.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Louise Nolet

Dre Louise Nolet
Coroner en chef par intérim

Québec, février 2007

TABLE DES MATIÈRES

Les investigations **9**
Les décès signalés aux coroners 9
Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 11
Les demandes de copies conformes des rapports 12
Les autopsies et les examens de laboratoire 12
Quelques rapports d'investigation déposés au cours de 2006 13

Les enquêtes **19**
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 19
Les enquêtes en cours au 31 décembre 2006 20
Les rapports d'enquête déposés au cours de 2006 22

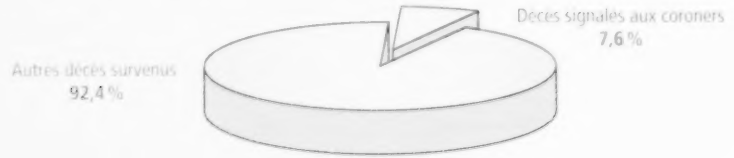
Les recommandations et leur traitement **26**

LES INVESTIGATIONS

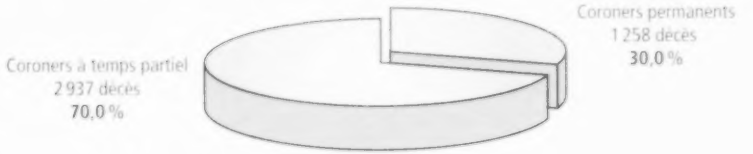
Les décès signalés aux coroners

En 2006, 4 195 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,6 % de tous les décès survenus au Québec en 2006. Depuis 1997, le nombre de décès signalés aux coroners est inférieur à 5 000 annuellement. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (70,0 %).

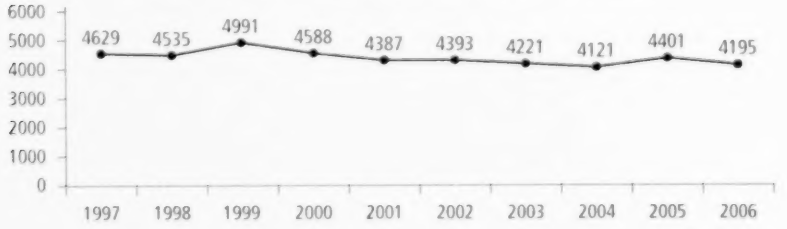
Pourcentage des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec en 2006



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiels en 2006



Évolution des décès signalés aux coroners de 1997 à 2006



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2006. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (67,3 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (23,1 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (7,3 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,5 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme, entre autres, les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2006

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes	2824	67,3
Causes médicales indéterminées	970	23,1
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	304	7,3
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	21	0,5
Autres raisons ou raison inconnue	76	1,8
Total des décès signalés	**4195**	**100,0**

Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations terminées de 2002 à 2005, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 9 mois.

Sur les 4 195 décès signalés en 2006, 2 319 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 janvier 2007. Il reste donc, à cette même date, 1 876 décès en cours d'investigation, soit 44,7 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2006

ÉTAT DES RAPPORTS AU 31 JANVIER 2007	NOMBRE	%
Rapports terminés	2 319	55,3
Rapports non terminés	1 876	44,7
Total des décès signalés	**4 195**	**100,0**

Les rapports remis en 2006

Un total de 4 363 rapports ont été remis en 2006, dont 3 091 (70,9 %) par des coroners à temps partiel et 1 272 (29,1 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation des rapports reçus en 2006 selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Rapports d'investigation reçus en 2006 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Accident	1 419	32,5
Suicide	1 265	29,0
Décès de cause naturelle	1 150	26,4
Sortie de corps	286	6,5
Homicide	101	2,3
Décès traumatique d'intention indéterminée	87	2,0
Décès de cause indéterminée	37	0,9
Entrée de corps	18	0,4
Total des décès signalés	**4 363**	**100,0**

Les demandes de copies conformes des rapports

Les copies conformes des rapports transmises sur demande

En 2006, le Bureau du coroner a transmis 3 745 copies conformes de rapports de coroners demandées par les familles des personnes décédées et par les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.), ce qui représente près de 42,4 % de l'ensemble des copies conformes transmises sur demande.

Par ailleurs, 4 250 copies de rapports ont été transmises aux corps policiers et aux hôpitaux. De plus, 840 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des ministères et organismes qui travaillent en prévention des blessures ou qui effectuent des recherches dans ce domaine. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

Répartition des copies conformes transmises sur demande en 2006, selon la provenance

CLIENTÈLE	NOMBRE	%
Citoyens et tiers intéressés	**3 745**	**42,4**
· Familles	2 518	28,5
· Compagnies d'assurance	383	4,3
· Avocats et notaires	175	2,0
· Autres (amis, médias)	669	7,6
Collaborateurs	**4 250**	**48,1**
· Corps policiers	2 697	30,5
· Hôpitaux	1 553	17,6
Ministères et organismes intervenant en prévention	**840**	**9,5**
Total des copies conformes transmises sur demande	**8 835**	**100,0**

Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2006.

Des autopsies ont été ordonnées pour 40,6 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 704 autopsies. Selon les données accessibles, environ le tiers de ces autopsies ont été pratiquées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal, et les autres, dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données préliminaires pour 2006 montrent que, dans un peu plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

Décès ayant fait l'objet d'expertises demandées par les coroners et lieux d'exécution en 2006[1]

EXPERTISES	NOMBRE	%[2]
Autopsies	**1 704**	**40,6**
· Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	540	(31,7)
· Hôpitaux	764	(44,8)
· Données non accessibles	400	(23,5)
Alcoolémie ou toxicologie	**2 253**	**53,7**
· Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	460	(20,4)
· Centre de toxicologie du Québec (INSPQ)	1 779	(79,0)
· Centres hospitaliers	14	(0,6)
Autres expertises[3]	**277**	**6,6**

1. Les données sont provisoires.
2. Les pourcentages en gras sont calculés sur les 4 195 décès signalés en 2006, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au total de chaque catégorie.
3. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une expertise en anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique.

Quelques rapports d'investigation déposés au cours de 2006

L'utilisation de narcotiques en milieu hospitalier

Un homme de 41 ans décède d'une dépression respiratoire consécutive à l'administration de narcotiques dans un centre hospitalier.

Souffrant d'une affection qui ne met pas en danger sa vie, l'homme est admis à l'unité de court séjour. Des narcotiques lui sont prescrits pour soulager la douleur. Par la suite, il fait successivement deux arrêts respiratoires nécessitant une réanimation, mais la dernière est sans succès.

Selon le coroner, un ensemble de gestes ou d'inactions aurait mené au décès. L'une des problématiques ciblées concerne l'utilisation des narcotiques en milieu hospitalier et, plus particulièrement, la prescription d'opiacés, tels que l'hydromorphone (Dilaudid), pour traiter la douleur. Ce médicament est un puissant dépresseur de la respiration qui peut plonger un patient dans un sommeil profond. Il représente un danger si la dose administrée est un peu trop élevée ou si le patient n'est pas surveillé adéquatement. Ce type de traitement a, en effet, provoqué une détresse respiratoire chez ce patient qui présentait déjà des problèmes respiratoires durant son sommeil, soit l'apnée obstructive du sommeil.

Dans son rapport, le coroner souligne que, depuis 1999, les coroners ont investigué 11 décès par dépression respiratoire d'origine médicamenteuse en milieu hospitalier. L'hydromorphone était souvent en cause. Les recommandations qui avaient alors été adressées aux ordres et associations professionnels concernés n'ont toutefois pas provoqué les changements escomptés.

Le coroner s'adresse maintenant directement aux intervenants sur le terrain et demande que son rapport soit diffusé dans tous les établissements du Québec qui prodiguent des soins de courte ou de longue durée. Il formule donc des recommandations en ce sens et réitère l'importance de sensibiliser le personnel des urgences à exercer une surveillance accrue et systématique lors d'une analgésie avec narcotiques.

Enfant écrasé par une porte de garage

Un garçon de 10 ans décède d'une asphyxie par compression thoracique par une porte de garage électrique exerçant une pression d'environ 98 kg.

En fin d'après-midi, l'enfant revenait de l'école et devait rentrer à la maison avec sa clé. Sa tante, arrivée quelques minutes plus tard, le découvre coincé sous la porte électrique du garage.

Un ouvre-porte industriel actionnait l'ouverture et la fermeture de cette porte. Contrairement à l'ouvre-porte résidentiel, l'ouvre-porte industriel ne comporte aucun dispositif de sécurité forçant l'inversion du mouvement de la porte en présence d'un obstacle ou d'une résistance.

Le coroner recommande à l'Association canadienne de normalisation de modifier les normes concernant les ouvre-portes de garage en éliminant la distinction entre les portes résidentielles, commerciales et industrielles quant à la nécessité des dispositifs de sécurité et d'inversion de course.

Noyade lors d'une activité de rafting

Un homme de 49 ans décède par noyade lors d'une excursion de rafting.

L'homme participait à une activité de rafting sur la rivière Magog, à Sherbrooke, accompagné de dignitaires. Cette activité, organisée par une corporation locale, visait à promouvoir le potentiel récréotouristique des rivières de la municipalité.

Une dizaine de personnes prenaient place dans l'embarcation qui a heurté une roche et chaviré peu de temps après le départ, projetant tous les passagers par-dessus bord. Ils ont tour à tour été récupérés par le guide de l'embarcation et les membres de l'équipe de secours. Toutefois, ce n'est que quelques minutes plus tard qu'un décompte des passagers a permis de constater qu'une personne manquait. Des recherches ont aussitôt été entreprises et, après avoir abaissé le niveau d'eau, on a retrouvé l'homme, le pied coincé sous une roche.

Dans son rapport, le coroner précise que le rapide Hyatt de la rivière Magog est

beaucoup plus dangereux que ce qu'on avait prévu avant cette excursion. Le débit d'eau, cette journée-là, demandait beaucoup d'expérience de la part des personnes participant à l'excursion. Malgré son expérience, le guide n'avait jamais fait la descente de cette partie de la rivière.

Le coroner recommande que la portion de la rivière Magog située en aval du barrage Abénakis à Sherbrooke, communément appelée le rapide Hyatt, soit bannie à jamais de toute activité de rafting, de canot ouvert et de toute autre activité nautique.

La place d'un enfant dans un véhicule : le siège arrière plus sécuritaire

Un jeune passager de 11 ans décède d'un traumatisme craniocérébral lorsque le conducteur perd la maîtrise du véhicule après s'être endormi au volant, sur l'autoroute 25, à Saint-Esprit.

L'enfant était assis à l'avant, sur un petit coussin de trois ou quatre pouces servant de siège d'appoint. Il portait sa ceinture de sécurité. Les coussins gonflables se sont déployés au moment de l'impact du véhicule avec le fossé.

Lors de l'accident, l'enfant était penché vers l'avant, vers la partie centrale du tableau de bord, probablement pour y déposer le téléphone cellulaire qu'il venait d'utiliser, pour réveiller son père ou pour tenter de reprendre le volant. Cette position n'a pas permis à la ceinture de jouer son rôle pour amortir le choc.

Une étude rétrospective publiée dans la revue *Pediatrics*, en mars 2005, démontre qu'un dispositif de retenue approprié selon l'âge demeure la meilleure façon de réduire la mortalité des accidents de la route. Également, un effet additionnel et synergique peut être obtenu en assoyant les enfants sur la banquette arrière. Le coroner souligne que le risque qu'un enfant soit blessé dans un accident de la route augmente de 40 % s'il est assis à l'avant plutôt qu'à l'arrière.

Le coroner recommande donc au ministre des Transports du Québec de confier à la Table québécoise de la sécurité routière le mandat d'évaluer la pertinence de modifier le *Code de la sécurité routière* pour que soit ajoutée une disposition à l'article 397 qui stipule que tout enfant de moins de 12, 13 ou même 14 ans doit être assis sur la banquette arrière de tout véhicule routier.

L'usage du téléphone cellulaire au volant : risque accru d'accident

Un homme de 33 ans décède d'un traumatisme crânien majeur lorsqu'il entre en collision avec l'arrière d'un véhicule lourd sur l'autoroute 20, à Saint-Cyrille-de-Wendover.

L'automobiliste se dirigeait vers Montréal. Il parlait au téléphone cellulaire. Subitement, un épais brouillard s'est installé avec de forts vents et de la poudrerie, réduisant beaucoup la visibilité et provoquant un carambolage dans la voie de droite. Un camion lourd s'est trouvé immobilisé dans la voie de gauche, obstruant la seule voie disponible. Quelques instants plus tard, le jeune homme, qui roulait trop rapidement, n'a pu freiner à temps et a embouti l'arrière du camion.

De multiples études démontrent que l'usage du téléphone cellulaire au volant est dangereux et source d'accidents. Alors que tous les intervenants concernés s'entendent sur ce fait et alors que la population interrogée se dit largement favorable à une législation pour interdire l'utilisation du téléphone cellulaire au volant, rien n'a encore été fait au Québec pour en encadrer son utilisation pendant la conduite automobile. L'absence de données précises sur l'impact de l'utilisation du téléphone cellulaire sur les accidents de la route favorise, aux yeux de certains, le statu quo législatif. Le coroner est d'avis que, à l'instar de ce qui a été appliqué pour l'alcool au volant, des campagnes de sensibilisation et d'éducation demeurent nécessaires et indispensables puisque la législation seule ne peut assurer le succès de toute décision prise.

Le coroner recommande donc à la Société de l'assurance automobile du Québec et à Transports Canada d'amorcer des procédures pour mener à l'adoption d'une loi interdisant l'utilisation du téléphone cellulaire au volant. Il souhaite également que les corps policiers puissent avoir accès aux relevés de téléphonie cellulaire des conducteurs en possession de leur téléphone au moment de leur implication dans un accident de la route.

Entretien des fosses septiques

Un accident fait trois victimes à la suite de manœuvres pour déboucher un tuyau d'échappement d'une fosse septique située sur un terrain de camping.

La première victime est descendue dans la station de pompage adjacente à la fosse septique et a réussi a déboucher le tuyau d'arrivée des eaux du tuyau d'écoulement. Aussitôt, de fortes odeurs ont remonté à la surface du puits d'accès, et la victime, intoxiquée, s'est affaissée dans l'échelle. En voulant lui prêter secours, une deuxième victime s'est intoxiquée et a chuté dans les eaux usées de la station de pompage. La troisième victime s'est effondrée en descendant dans l'échelle pour venir en aide aux deux autres.

L'investigation a démontré que toutes ces victimes sont descendues dans la station de pompage sans mettre en place les mesures requises pour assurer leur sécurité. Tous les pompiers et officiers du service de police incendie impliqués dans cet événement travaillaient à temps partiel et aucun n'avait suivi de formation reconnue pour le sauvetage en espace clos.

Les directives recommandées pour l'entretien et le suivi des installations septiques n'avaient pas été respectées. Alors qu'une vidange est nécessaire lorsque l'épaisseur de boue excède 60 cm et au moins une fois tous les 4 ans pour l'utilisation d'une fosse septique saisonnière, le coroner a précisé que cela n'avait pas été fait depuis 8 ans. Au moment de cet événement, le nombre d'emplacements de camping était supérieur à la capacité de cette fosse septique.

Le coroner formule diverses recommandations, notamment pour la conception, les inspections et l'entretien des installations sanitaires avec fosse septique, de même que pour la formation des personnes qui inspectent de telles installations. Il recommande également l'installation d'un détecteur de gaz toxique déclenchant une alarme lorsqu'un certain niveau de gaz est atteint. Finalement, un écriteau devrait être placé à la vue du public, non seulement pour avertir d'un danger potentiel, mais aussi pour donner des explications minimales, afin que les gens comprennent bien le danger de la présence de gaz toxiques et mortels.

Choc anaphylactique provoqué par une piqûre de guêpe

Un homme de 61 ans, à sa retraite, était en possession d'EpiPen qu'il gardait dans son sac de golf. Il s'était procuré cette seringue d'épinéphrine auto-injectable en 1998, après avoir été piqué par des fourmis rouges au bras, ce dernier ayant enflé de façon inquiétante. Comme il était médecin, on présume qu'il s'est donné son injection correctement. D'après le fabricant, l'efficacité du produit devient aléatoire vingt mois après sa fabrication. En raison d'un délai de six mois entre sa fabrication et la vente au consommateur, le produit doit en gros faire l'objet d'un renouvellement aux douze mois. Or, la date d'expiration du produit utilisé par la victime était de cinq ans.

Le coroner rapporte une étude où plus du tiers des patients traités pour réaction anaphylactique ont eu besoin dans un délai rapide de plus d'une injection d'épinéphrine. C'est donc dire qu'il faudrait que les personnes à risques gardent sur elles deux injections plutôt qu'une. Depuis peu, au Canada, un auto-injecteur offre la possibilité d'une seconde injection au besoin. De plus, le fabricant de ce produit offre aux clients un mécanisme de rappel à l'expiration du médicament pour les inciter à le renouveler.

Par ailleurs, le coroner souligne différents délais pour accéder à la victime qui se trouvait sur le terrain de golf Venise, à Deauville. Les services ambulanciers ont été dépêchés sans itinéraire précis. Ils ne connaissaient pas le club de golf en question et n'ont malheureusement pas choisi le trajet le plus court, et personne n'était présent à leur arrivée pour les diriger rapidement vers la victime.

En 2003, l'ancienne Ville de Magog a fusionné avec les autres municipalités environnantes. Il subsiste néanmoins quelques aberrations qui doivent encore faire l'objet d'amendements dans le schéma de couverture de risques. Par exemple, le Club de golf Venise est en partie sur le territoire desservi par le Service de protection contre les incendies de la Ville de Sherbrooke et en partie sur le territoire de Magog. C'est donc dire que, pour un appel en provenance du chalet du club, sur le territoire de Magog, le Centre de communication santé de l'Estrie fera appel au service des incendies de cette ville, mais un appel à partir d'un téléphone cellulaire pourrait être dirigé vers l'un ou l'autre des services des incendies.

Le coroner formule plusieurs recommandations adressées à divers intervenants sur l'importance d'une dose suffisante d'auto-injecteur d'épinéphrine et de son renouvellement régulier, de la nécessité de doter les services préhospitaliers de l'Estrie d'une technologie de répartition assistée par ordinateur et, finalement, aux Services de protection contre les incendies des Villes de Sherbrooke et de Magog pour s'entendre sur un schéma de couverture de risques précisant lequel des deux sera appelé à desservir, en cas d'urgence, des endroits couvrant les deux territoires tel le Club de golf Venise.

Chirurgie esthétique en clinique privée

Une femme de 51 ans décède d'une anoxie cérébrale prolongée, secondaire à une obstruction des voies respiratoires supérieures, à la suite d'une chirurgie esthétique réalisée dans une clinique privée, à Montréal.

À la suite de la chirurgie, la patiente est conduite en salle de réveil où elle est extubée. L'anesthésiste installe une guédelle dans l'oropharynx ainsi que des trompettes nasales pour assurer une respiration plus aisée, la patiente étant toujours inconsciente. Aucune note de l'anesthésiste ne figure au dossier, et les notes des infirmières inscrites aux dix minutes sont très sommaires. Ce n'est que dix à vingt minutes après que la patiente a quitté la salle d'opération que l'on s'aperçoit qu'elle ne respire plus, qu'elle présente une saturation à 44 % et un pouls à 44 battements/minute. Le coroner conclut que la patiente a été laissée sans surveillance pendant cette période. De plus, il établit que l'alarme du saturomètre n'était pas en fonction.

Ce n'est que dix minutes après avoir observé l'arrêt respiratoire que l'infirmière avise l'anesthésiste. Ce dernier s'inquiète davantage de la bradycardie et administre de l'atropine. Il tente à de multiples reprises de réintuber la patiente. À l'évidence, la ventilation n'est pas efficace, mais l'anesthésiste insiste pour intuber la patiente. Trente-cinq minutes après l'arrêt respiratoire, le 9-1-1 est appelé. Les manœuvres de base telles que le massage cardiaque ont été amorcées trop tardivement, et la médication de réanimation n'a été donnée qu'à l'arrivée du personnel d'Urgences-santé.

L'obstruction dont a été victime la patiente est le résultat possible des effets anesthésiques résiduels, de l'œdème cervical secondaire à la chirurgie, des pansements compressifs ou d'un laryngospasme. De plus, la patiente a reçu du fentanyl intraveineux, un narcotique analgésique qui peut favoriser une dépression respiratoire. L'action concomitante du fentanyl avec un agent anesthésiant et bloquant neuromusculaire curarisant est particulièrement à risque, ce qui constitue une raison supplémentaire pour décourager un usage peropératoire ou postopératoire.

Finalement, le coroner souligne que la clinique de chirurgie ne possède pas de permis d'établissement. Or, l'article 95 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule qu'un cabinet privé de professionnels échappe à la définition d'établissement à la condition expresse de ne pas offrir de services d'hébergement. Dans la mesure où les chirurgies proposées à cette clinique sont suffisamment importantes pour prévoir un séjour de 24 heures, il faudrait s'assurer que la définition d'hébergement à laquelle fait référence la loi lui en donne le droit.

Le coroner formule diverses recommandations dont celle de sensibiliser les anesthésistes au risque que comporte l'utilisation du fentanyl en libération prolongée pour des patients autres que ceux souffrant de douleurs chroniques et à l'importance d'une formation continue sur l'utilisation de simulateurs à haute définition. Les propriétaires de cliniques privées devraient se soumettre à un processus d'agrément dûment reconnu.

L'importance d'une bonne prise en charge à l'urgence

Un homme de 89 ans décède d'un choc hypovolémique secondaire à une rupture splénique, à la suite d'un accident de la route survenu à Montréal. La victime a été transportée à l'Hôpital Santa Cabrini où le médecin soupçonnait une hémorragie interne. Le patient était en hypotension. Or, il prenait du métoprolol comme médication, lequel a la propriété de bloquer la fréquence cardiaque, et tout indique que c'est ce qui est arrivé ce jour-là. Par ailleurs, les résultats du contrôle de la formule sanguine prélevée à l'admission n'ont été connus qu'après le décès de l'homme.

Le bilan lésionnel, qui doit généralement être effectué dans les trente premières minutes, a à peine été amorcé. Seule une radiographie pulmonaire a été prise. Une réquisition a été faite pour d'autres examens radiographiques de moindre importance (cage thoracique et clavicule), mais le temps a manqué pour procéder à la prise des clichés. Or, des examens autrement plus importants, pour la recherche d'une éventuelle cause de l'hypotension ou une radiographie du bassin, n'ont jamais été demandés.

Pour le coroner, la prise en charge à l'urgence n'a pas été très efficace. La gestion moderne d'un cas majeur en traumatologie requiert la présence d'un chirurgien général au chevet du patient dès son arrivée à l'urgence. Or, l'urgentologue avait demandé, sans succès, la présence d'un chirurgien thoracique pour l'installation d'un drain thoracique. Toutefois, il a omis de faire appel au chirurgien général malgré le doute qu'il entretenait sur une possible hémorragie interne. Le patient aurait dû être conduit à la salle d'opération en moins de 60 minutes. Dans le présent cas, il l'a été au bout de 80 minutes. Le coroner formule des recommandations qui s'adressent, entre autres, au corps médical sur l'importance que les urgentologues reçoivent une formation en soins avancés de réanimation traumatologique.

Meilleure visibilité des tracteurs de ferme sur la route

Un accident a fait trois victimes lorsque le conducteur d'un véhicule a tenté d'éviter un tracteur et a heurté l'arrière de la remorque qu'il tirait. Cet impact a provoqué un dérapage et un tonneau, avant que l'automobile percute un véhicule circulant en sens inverse. Même si la vitesse excessive du véhicule était le facteur dominant, la remorque agricole n'avait pas de réflecteurs rouges conformes aux normes requises. Le test de visibilité mené sur la remorque a déterminé que le point de perception était de 90 m. Le même test effectué avec la remorque équipée de réflecteurs rouges conformes a permis de démontrer qu'il n'y aurait pas eu d'incidence sur le résultat, car le point de perception possible était seulement à 5 m plus loin. Ainsi, un véhicule circulant à 100 km/h serait entré en collision avec la remorque.

Un dernier test a été effectué avec la remorque équipée de feux de position standards. À plus de 150 m, les feux de position sont clairement visibles, alors qu'il est impossible de voir la remorque. Le même exercice fait à 300 m démontre que les feux de position sont toujours facilement visibles. De plus, un véhicule de ferme peut ne pas être équipé de phares avant blancs et de feux arrière rouges s'il appartient à un agriculteur. En d'autres termes, un agriculteur peut circuler sans problème sur une route lorsqu'il fait noir sans égard à la prudence la plus élémentaire.

Le coroner recommande que le *Code de la sécurité routière* soit modifié afin que tous les tracteurs circulant sur les routes soient munis de phares avant blancs et de feux arrière rouges permettant de signifier également l'intention de tourner et de s'immobiliser. Il sensibilise aussi les agriculteurs et les incite à modifier certaines habitudes acquises.

Une amygdalectomie qui vire au drame

Une fillette de six ans décède d'une encéphalopathie anoxique ischémique, secondaire à un choc hémorragique à la suite d'une amygdalectomie et d'une adénoïdectomie.

La chirurgie s'est effectuée à l'aide d'un électrocautère. Le coroner précise que des saignements peuvent parfois survenir un peu plus tard car, lorsqu'un vaisseau est touché, la chaleur cautérise les tissus de sorte que le saignement ne survient que trois ou quatre jours plus tard quand les croûtes se résorbent. C'est le cas dans le présent événement.

Trois jours après la chirurgie, la jeune fille s'est mise soudainement à cracher du sang. Elle est transportée par ambulance à l'urgence où elle arrive à 16 h 50. Sur la foi des paramètres vitaux à l'arrivée et compte tenu des normales pour une enfant de six ans, on pouvait déjà présumer des pertes de 15 % de volume sanguin. Ces pertes n'ont été qu'imparfaitement compensées et aucune manœuvre ni aucun examen n'ont été faits pour évaluer et corriger la cause du saignement. La patiente a plutôt été transférée à l'étage où il n'y a pas de supervision médicale et où le ratio infirmière/patients est insuffisant pour surveiller une patiente dont le pouls oscille toujours au-delà de 150 pulsations à la minute.

Le médecin de garde en oto-rhino-laryngologie ne vient pas voir la patiente, se fiant plutôt à un contrôle d'hémoglobine plus tard en soirée. Or, un contrôle de la formule sanguine est fait à 22 h avec un résultat de 94 g/l (la normale pour l'âge est de 130). Le médecin ne s'informe pas du résultat et personne ne semble avoir essayé de le joindre pour l'aviser. À 3 h 25, la patiente se met à cracher du sang, devient flasque et grise. Un médecin tente vainement de l'intuber pour faciliter sa respiration. Selon le coroner, il aurait été préférable d'appeler l'anesthésiste dès les premiers instants, lorsqu'il est devenu évident que l'intubation serait difficile. L'enfant est transportée en salle d'opération, mais il est désormais trop tard, car le cerveau a souffert; elle ne reprendra jamais conscience et décédera trois jours plus tard.

Le coroner formule des recommandations axées sur une certification en soins avancés de réanimation traumatologique des urgentologues et demande que l'on examine si la procédure de transfert entre l'urgentologue et le chirurgien aurait pu être améliorée.

LES ENQUÊTES

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
1997	9	64
1998	20	31
1999	7	18
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
TOTAL	101	211

En 2006, le coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques. Huit enquêtes ont été conclues en 2006. Six d'entre elles avaient été ordonnées au cours des années précédentes. Au 31 décembre 2006, six enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les 8 enquêtes conclues en 2006, est de 28 mois.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2006

NOM / PRÉNOM · NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Bergeron, Jean-François Accident impliquant un véhicule tout-terrain et une voiture de police (2003-04-09)	20 mai 2003	M. Catherine Rudel-Tessier	Joliette
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M. Catherine Rudel-Tessier	À déterminer
Lessard, Guylaine / Brunelle, Yann Victimes impliquées dans un accident de circulation à Courcelles (2005-11-15)	20 octobre 2006	M. Jean-Luc Malouin	À déterminer
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après son arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	M. Andrée Kronstrom	Montréal
Blanchard, Julienne Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-10-25)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Bonin, Thérèse Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-10-22)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Côté, Gemma Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-09-29)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Dorion, Marie-André Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-09-25)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Dubois, Lise Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-03-16)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Fontaine, Hélène Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-10-18)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Guilmain, Marcel Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-09-21)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Gravel, Roger Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-11-05)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Haskell, Michael Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-10-24)	9 novembre 2006	M. Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2006

NOM/PRÉNOM - NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Michaud, André Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-09-09)	9 novembre 2006	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Therrien, Anna Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-09-27)	9 novembre 2006	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
Sanscartier, Rita Bactérie *C. difficile*, Hôpital Honoré-Mercier (2006-07-27)	9 novembre 2006	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Saint-Hyacinthe
D'Addario, Ugo Décès d'un patient après disparition du centre hospitalier (2005-01-08)	13 mars 2006	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval

Les rapports d'enquête déposés au cours de 2006

Troubles respiratoires : importance du traitement et de la surveillance

Une jeune femme de 22 ans décède d'une pneumonie aiguë au Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSB), à Saint-Georges.

La victime souffrait de dystrophie musculaire et devait se déplacer en fauteuil roulant. Le 19 décembre 2002, elle se présente à l'urgence du CSSB pour y faire soigner une grippe. Le médecin de garde diagnostique une pneumonie. Connaissant le danger d'une telle maladie chez une personne atteinte de dystrophie musculaire, il la convainc de rester à l'hôpital. Elle est hospitalisée vers 18 h, le 19 décembre, et transférée à l'unité de médecine vers 20 h. Dans la soirée, son état semble stable. Entre 22 h et minuit, une infirmière constate que la jeune femme semble dormir profondément.

Le 20 décembre, vers 2 h 10, l'infirmière de nuit constate que la patiente est inconsciente. Elle communique avec le médecin responsable de la jeune femme et ce dernier lui demande de continuer à la surveiller et d'appeler le médecin de garde, si son état se détériore. L'infirmière surveille la patiente, inconsciente, pendant toute la nuit et fait un rapport à sa remplaçante lors du changement de personnel à 8 h. Cette dernière trouve la victime à 8 h 20 dans un état critique. Elle appelle immédiatement le médecin qui en est responsable.

Ce dernier se rend rapidement auprès de la jeune femme et, après l'avoir examinée et fait un test de Glasgow, il conclut à une mort cérébrale.

Le coroner recommande à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec et au Collège des médecins du Québec d'analyser le comportement de leurs membres et demande qu'au besoin un programme visant à parfaire les connaissances des infirmières en matière de troubles respiratoires soit mis sur pied.

Le port d'un casque peut sauver des vies

Un jeune homme de 16 ans décède d'un traumatisme crânien sévère au Centre hospitalier universitaire mère-enfant (Hôpital Sainte-Justine), à Montréal.

L'adolescent a été victime d'une chute alors qu'il tentait de se faire tirer en planche à roulettes par le cyclomoteur d'un copain. Il est tombé à la renverse après avoir parcouru quelques mètres seulement. Il ne portait pas de casque. Les secours ont immédiatement été appelés, mais aucune ambulance n'était disponible dans le secteur de Terrebonne où a eu lieu l'accident. C'est un véhicule de Sainte-Thérèse qui a répondu à l'appel d'urgence dans un délai de 17 minutes.

Le jeune homme est transporté au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur où divers examens diagnostiques sont effectués. Lorsque le médecin de l'urgence voit l'importance des lésions crâniennes et cérébrales du jeune homme, il entre en contact avec l'Hôpital Sainte-Justine où le patient est transféré.

À son arrivée, l'adolescent est de nouveau évalué. Les lésions hémorragiques cérébrales ont progressé et la pression intracrânienne a augmenté. Malgré les efforts déployés par l'équipe médicale, le pronostic est mauvais et le processus de mort cérébrale s'installe.

Étant donné que le temps réponse de 17 minutes des ambulanciers ne correspond pas aux objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coroner recommande à l'Agence de santé et de services sociaux de Lanaudière de prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer la qualité des services préhospitaliers. Par ailleurs, il demande au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur de revoir la procédure de transfert urgent d'un patient.

Dénivellation en bordure de la route : danger potentiel pour les automobilistes

Deux jeunes acteurs de 17 ans décèdent d'un polytraumatisme alors que le véhicule dans lequel ils prenaient place a traversé le terre-plein central de l'autoroute 10 et percute un semi-remorque circulant dans la voie opposée, à Longueuil.

Les enjeux de l'enquête consistaient à comprendre ce qui s'était passé en répondant à trois questions : pourquoi le conducteur a-t-il dévié da sa voie, pourquoi a-t-il perdu la maîtrise du véhicule et pourquoi l'accident a-t-il été fatal pour les deux passagers.

Deux hypothèses ont été émises afin d'expliquer le changement initial de direction. Le véhicule a pu dévier de sa voie à la suite d'un moment d'hypovigilance du conducteur ou d'une manœuvre pour éviter un autre véhicule. Puis, le conducteur a perdu la maîtrise du véhicule à cause du passage répété des roues sur une dénivellation continue d'environ 76 mm ou 3 po entre la partie fraîchement asphaltée de l'accotement de gauche et le terre-plein. Selon le coroner, la dénivellation est le facteur déterminant de la perte de maîtrise.

Au moment de l'accident, les travaux d'asphaltage de l'autoroute, en direction est, étaient en cours et presque complétés. À cette étape, la limite de vitesse n'est pas abaissée, les automobilistes peuvent circuler à 100 km/h. La chaussée n'est pas délimitée par des lignes blanches et jaunes; des rondelles de prémarquage et des réflecteurs sont placés temporairement sur la chaussée. Le peinturage des lignes et le remplissage de la dénivellation constituent la dernière partie des travaux prévus au devis, soit 10 jours après l'accident.

Le coroner formule des recommandations à la Société de l'assurance automobile du Québec et au ministère des Transports du Québec. Elles concernent principalement la promotion de la vigilance au volant et les dangers associés à la présence continue d'une dénivellation de la route.

Décès d'une enfant de 16 mois à la Malbaie : cas exceptionnel

Le 17 janvier 2005, vers 18 h 30, une fillette de 16 mois est amenée par ses parents au Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie. À son arrivée à l'urgence, elle présente des symptômes peu inquiétants. Par la suite, des tests ont amené les médecins de l'hôpital à demander un transfert pour hospitalisation au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), pavillon CHUL, lequel a été accepté.

Toutefois, vers 22 h 40, une détérioration majeure et rapide de l'état de la fillette survient. Elle est en détresse respiratoire sévère. Les médecins de La Malbaie demandent alors son transfert au département des soins intensifs pédiatriques du CHUL. Ce transfert est d'abord refusé en raison d'un manque de places et de personnel, mais il est accepté par la suite.

L'enfant décède toutefois à 1 h 41, le 18 janvier, avant son transfert à Québec. Son état n'a jamais pu être stabilisé pour supporter un transport.

Dans son rapport d'enquête, le coroner explique que la petite a succombé à un œdème pulmonaire d'origine non cardiogénique très rare, réfractaire à tout traitement. Cette pathologie est probablement congénitale et d'origine cérébrale.

L'enquête du coroner a démontré que la situation à laquelle a eu à faire face le personnel médical et infirmier du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie était exceptionnelle et que l'enfant y a reçu d'excellents soins. Par ailleurs, le refus momentané du CHUL de recevoir l'enfant à son département de soins intensifs n'a eu aucun impact sur la détérioration de son état. Le transport de la fillette vers Québec ne pouvait s'effectuer qu'après stabilisation de son état.

Après ces événements, le CHUQ a modifié le 14 mars 2005 sa politique d'admission et de séjour. Dorénavant, il y aura d'abord acceptation du transfert du malade puis recherche d'un lit disponible. Le coroner croit que de telles procédures de transfert entre les établissements devraient être uniformes partout au Québec. Il souhaite également la concrétisation d'ententes instaurant des corridors de service entre les centres hospitaliers et souligne l'initiative prometteuse de la mise sur pied des réseaux universitaires, appelés RUIS, par le ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, il

recommande au Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie de réviser le fonctionnement de son système de communication afin de s'assurer de pouvoir joindre rapidement l'équipe chirurgicale de garde.

Une sécurité accrue dans les sports de glisse

Deux accidents sont survenus lors de la pratique d'un sport de glisse.

À la station de ski Mont-Bélu, un skieur débutant, âgé de 17 ans, a quitté une piste et a percuté un arbre. Il ne portait pas de casque protecteur. Il skiait dans des conditions printanières de neige collante avec des skis paraboliques qu'il avait utilisés seulement à quelques occasions.

Selon le coroner, cet accident est lié au manque d'expérience du skieur et non à sa témérité. En effet, une meilleure connaissance des techniques de base et des particularités de ses skis paraboliques lui aurait permis de mieux réagir et probablement de rétablir sa course.

Un autre accident est survenu dans le parc à neige du Centre récréotouristique de Montjoye. Le jeune planchiste de 20 ans était considéré comme un surfeur intermédiaire en descente, mais débutant pour l'exécution de sauts dans les parcs à neige. Il a tenté d'exécuter une série de trois sauts de grande taille, mais il n'a pas réussi le deuxième saut. Le côté de sa planche a mordu dans la neige et il est tombé tête première dans la neige, le cou replié sur sa poitrine. Il est décédé d'une dissociation craniospinale.

Selon le coroner, la zone de réception du deuxième saut était trop courte, ne laissant aucune place à l'erreur, même pour un expert.

Le coroner a proposé diverses solutions afin d'accroître la sécurité dans les sports de glisse. Une meilleure sécurité dans les parcs à neige est nécessaire. Il faut un meilleur encadrement et élaborer des normes pour la conception, l'aménagement et l'entretien des modules. Pour faire appliquer ces normes, il faut se servir d'un guide d'application volontaire prévoyant certaines directives générales de bonnes pratiques. Dans le cas où elles ne seraient pas appliquées volontairement par les centres de ski, le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport devrait rendre ces normes obligatoires par règlement.

Le coroner soutient que le port du casque protecteur devrait être obligatoire minimalement pour les enfants de moins de 12 ans sur les pistes et dans les parcs à neige, ainsi que pour les adeptes de tous les âges dans les parcs à neige et lors d'activités de formation.

Les cours de ski et de planche à neige devraient être davantage encouragés, sans pour autant devenir obligatoires. Le *Code de conduite en montagne* devrait également être connu de tous les skieurs et surfeurs.

L'amphibus *Lady Duck* sombre

Le 23 juin 2002, le *Lady Duck*, un camion transformé en véhicule amphibie à bord duquel avaient pris place dix passagers, a sombré. Quatre passagers sont décédés. Ce véhicule amphibie a été mal conçu et mal construit. Il était aussi mal entretenu et présentait beaucoup trop de défectuosités graves. Une réglementation et des inspections inadéquates ont néanmoins permis sa mise en service en 2001 et en 2002.

Par ailleurs, son capitaine n'a pas été capable de réagir de façon rapide et efficace à l'accumulation d'eau qui diminuait dramatiquement le franc-bord du véhicule. La réaction des membres d'équipage à laquelle s'est ajoutée la vitesse de l'immersion n'ont pas permis une évacuation organisée et rapide des passagers. En effet, dirigés par le capitaine vers l'arrière du véhicule et non informés par leur guide du fait que les fenêtres du camion pouvaient servir de sorties de secours, les touristes paniqués ont tenté de sortir par où ils avaient embarqué, soit la petite ouverture laissée par la rampe levée.

Les premières personnes arrivées sur les lieux du naufrage ont composé le 9-1-1 sur leurs téléphones cellulaires pour informer les autorités civiles du naufrage. Le mayday envoyé par le capitaine n'était que peu susceptible d'avoir été entendu, puisqu'il ne se fait aucune écoute systématique de la voie 16 des urgences dans la région ni par la Garde côtière canadienne ni par d'autres personnes.

On relève dans les opérations de sauvetage des difficultés de communication entre les intervenants québécois (pompiers, policiers, ambulanciers), mais également entre eux et leurs vis-à-vis ontariens.

Les recommandations du coroner visent l'amélioration des communications, notamment que la voie 16, réservée aux urgences, soit écoutée de façon régulière. Il recommande également à la compagnie des mesures précises afin d'améliorer la sécurité des passagers.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

L'article 98 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit que le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2006, les coroners ont déposé 319 rapports comportant une ou plusieurs recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel des activités des coroners n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, les recommandations des années 2001 à 2006 peuvent être consultées dans le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations transmises pour suivi en 2006

CATÉGORIE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Cause naturelle	**49**	**6,9**
Décès accidentels	**552**	**77,4**
· Accidents de transport terrestre	243	34,1
· Autres accidents	309	43,3
Suicides et homicides	**106**	**14,9**
Indéterminés quant à l'intention	**6**	**0,8**
Total	**713**	**100,0**

Bureau du coroner
Québec